

Evidencia de Reclamación

12. Is this claim subject to a right of setoff? ¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Identify the property / Sí. Identifique el bien _____
13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)? ¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3: The person completing this proof of claim must sign and date it. FRBP 9011(b). If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is. La persona que completa esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha. FRBP 9011(b). Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.	Sign Below / Firmar a continuación Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente: <input checked="" type="checkbox"/> I am the creditor. / Soy el acreedor. <input type="checkbox"/> I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor. <input type="checkbox"/> I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004. <input type="checkbox"/> I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005. I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt. Comprendo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda. I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct. He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta. I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto. Executed on date / Ejecutado el <u>20-06-2018</u> (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA) Signature / Firma <u>Migdalia González</u> Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación: Name <u>Migdalia González Santiago</u> First name / Primer nombre <u>Migdalia</u> Middle name / Segundo nombre <u>González</u> Last name / Apellido <u>Santiago</u> Title / Cargo <u>maestra Departamento de Educación</u> Company / Compañía _____ Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer. Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador. Address / Dirección _____ Number / Número _____ Street / Calle _____ City / Ciudad _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código postal _____ Contact phone / Teléfono de contacto _____ Email / Correo electrónico _____
--	--

You may also submit your claim electronically by visiting <http://cases.primetclerk.com/puertorico/EPOC-Index>

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03568	Petition Date May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date July 2, 2017

MMUD: 205016

EPOC ID: 170328300935943

RECEIVED
JAN 16 2018

Debtor Commonwealth of Puerto Rico has listed your claim in their Creditor List on Schedule E—Employee Obligations as a Contingent, Unliquidated general unsecured claim in an Undetermined amount. You must timely file a proof of claim or be forever barred from participating or sharing in any distribution or being treated as a claim for purposes of voting or distribution.

El deudor Commonwealth of Puerto Rico ha listado su reclamación en la lista de acreedores en el Schedule E—Obligaciones de Empleados como un reclamo Contingente, Sin liquidez no asegurado por un monto indeterminado. Debe presentar una prueba de reclamación oportunamente o se le prohibirá por siempre participar o compartir en cualquier distribución o ser tratado como un reclamo para fines de votación o distribución.

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1 Who is the current creditor?	GONZALEZ SANTIAGO, MIGDALIA
¿Quién es el acreedor actual?	Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim) Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)
	Other names the creditor used with the debtor Otros nombres que el acreedor usó con el deudor



170328300935943

Certificado vitalicio de maestra expedido por el Departamento de Educación de Puerto Rico

	
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Department of Education	
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Commonwealth of Puerto Rico	
Certificado Vitalicio <i>Life Certificate</i>	
El Secretario de Educación por la presente confiere a <i>The Secretary of Education hereby issues to</i>	
MIGDALIA GONZALEZ SANTIAGO	
el presente Certificado de Maestro que lo faculta para ejercer como <i>this Certificate that entitles the holder to perform as</i>	
MAESTRO(A) DE ESCUELA ELEMENTAL ELEMENTARY SCHOOL TEACHER	
en las escuelas publicas o privadas de Puerto Rico. <i>in the School System of Puerto Rico.</i>	
Expedido el <i>Issued on</i>	10 de abril April 10,
Dado en San Juan de Puerto Rico, el <i>Given at San Juan, Puerto Rico on</i>	18 abril April 18,
	de 20 07 20 07
	
Rafael Aragunde Torres Secretario de Educación Secretary of Education	
Número de Certificado: 1559	Certificate Number: 1559

Certificación de Años de Servicio del Sistema de Retiro de Maestros de Puerto Rico



27 de octubre de 2010

Prof. Migdalia González Santiago

Re: Relación Años y Servicio

XXX-XX-4361

Le informamos que de acuerdo con la información disponible al presente en
nuestros archivos, usted tiene cotizado al Sistema aproximadamente:

Años	Meses	Semanas	Días
29	10	1	1

Al 31 de octubre de 2010.

Completaría 30 años de servicios cotizados en diciembre 2010.

Para su información:						
Pensión:			Descuentos:			
Fecha:	75%		9% hasta completar los 20 de servicio y/o 55 años	Préstamo SRM	Plan medico:	Neto mensual aprox.
dic/2010	\$ 2,035.00	\$-----	\$ 244.58	\$ 395.70	\$ 165.50	\$1,229/\$ 614. (q)
Jul. 2011	2,075					Neto:
Agosto/2012	\$2,160.00		-----	\$ 395.70	\$ 165.00	\$1600./ \$800. (q)

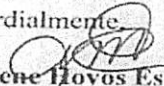
Cuando decida retirarse debe someter la solicitud de retiro por lo menos 3 meses antes de la fecha de renuncia. (No aplica a Retiro por Incapacidad Física).
Todo compromiso de préstamos en este Sistema será descontado de su pensión hasta la fecha de vencimiento.

**** Sujeto a otros descuentos que usted autorice o cancele****

✓ Durante el proceso de Retiro, tiene que pagar su plan médico, los meses que este
sin cobrar. Aportación patronal del SRM= \$100.00.

Esto NO es una Certificación Oficial de Retiro. Estos cálculos son preliminares y están sujetos a
verificación final y oficial a la fecha de su retiro.

Cordialmente


Arlene Hoyos Escalera
Oficial
Sala de Servicios

Sucursal de Ponce

Sta. Maria Shopping Center - 441 Calle Ferrocarril, Ste.101 - Ponce PR 00717-1102
Tel. (787) 840-0800 Fax (787) 841-1130



CERTIFICACIÓN AÑOS DE SERVICIO Y EDAD

17 de mayo de 2011

SRA MATILDE PEDRAZA
SECCION NOMBRAMIENTOS Y CAMBIOS
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

RE: Migdalia González Santiago

El profesor de referencia ha radicado una Solicitud de Retiro por la Ley 01 de 29 de marzo de 2004 (Ley del Sistema de Retiro para Maestros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico)

☒ **Años de Servicio** ☐ **Edad** ☐ **Diferida** ☐ **Suplementaria**

Al 3 de mayo de 2011 fecha de su última aportación recibida

☒ **cualifica** ☐ **no cualifica** para acogerse a la jubilación y tiene el siguiente tiempo.

AÑOS	MESES	SEMANAS	DÍAS	EDAD
30	4	1	2	63

Los pagos pendientes no están considerados en esta certificación. Los mismos son

- ☐ Reconocimiento de Tiempo
- ☐ Diferencia en por ciento por transferencia recibida
- ☐ Reembolso de Cuotas
- ☒ No aplica

Cualificará para una pensión al 75 % del promedio de los 36 salarios más altos.

El tiempo certificado puede variar, de encontrarse diferencias en el Informe de Cambio, enviado por el Departamento de Educación u otras instituciones Gubernamentales y de existir anulaciones futuras entre cuentas que afecten las aportaciones del Sistema. Deberá permanecer cotizando en nuestro Sistema hasta la fecha que proyecta retirarse.

El plan médico y planes suplementarios deben ser pagados directamente a las aseguradoras hasta tanto envíen las autorizaciones de descuentos para tramitar su pensión

Cordialmente

Ivonne Ortiz Valladares
Ivonne Ortiz Valladares
Directora Área Servicios de Retiro

Yessenia Y. Nieves Sierra
Yessenia Y. Nieves Sierra
Oficial de Servicios de Retiro

PROF MIGDALIA GONZALEZ SANTIAGO
HC 1 BOX 7849
VILLALBA PR 00766

Gobierno de Puerto Rico

592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Grupo de Pago: SM -Quincenal

Business Unit: PUERT

Desde: 09/16/2019

Aviso #: 3596393

Hasta: 09/30/2019

Fecha Aviso: 09/27/2019

MIGDALIA GONZALEZ SANTIAGO			# Empleado: XXXXX4361			DATA IMP: Federal PR																										
HC 1 BOX 7849			Dept: 592160-ANOS SERVICIO LEY91 2004			Estado Civil: Married Married																										
VILLALBA PR 00766-9854			Lugar: A/OS SERVICIO LEY 91			Concesiones: 0 39 +99																										
SS: XXX-XX-4361			Titulo: Pensionado			Pct. Adcl.: Cant. Adcl.:																										
Sueldo: \$2,047.50 Monthly																																
HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descripcion</th> <th>Sueldo</th> <th>Corriente</th> <th>Horas</th> <th>Ingresos</th> <th>Acumulado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pago de Salarios Regulares</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1,023.75</td> <td>1,462.50</td> </tr> <tr> <td>BONO MEDICINA- PENSIONADOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0.00</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table>						Descripcion	Sueldo	Corriente	Horas	Ingresos	Acumulado	Pago de Salarios Regulares				1,023.75	1,462.50	BONO MEDICINA- PENSIONADOS				0.00	100.00	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descripcion</th> <th>Corriente</th> <th>Acumulado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>0.00</td> <td>0.00</td> </tr> </tbody> </table>			Descripcion	Corriente	Acumulado		0.00	0.00
Descripcion	Sueldo	Corriente	Horas	Ingresos	Acumulado																											
Pago de Salarios Regulares				1,023.75	1,462.50																											
BONO MEDICINA- PENSIONADOS				0.00	100.00																											
Descripcion	Corriente	Acumulado																														
	0.00	0.00																														
Total: 1,023.75 1,462.50 18,527.50						Total: 0.00 0.00																										
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descripcion</th> <th>Corriente</th> <th>Acumulado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Descripcion	Corriente	Acumulado				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descripcion</th> <th>Corriente</th> <th>Acumulado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae</td> <td>63.76</td> <td>1,147.68</td> </tr> <tr> <td>SM-First Medical Health Plan</td> <td>55.00</td> <td>915.00</td> </tr> </tbody> </table>			Descripcion	Corriente	Acumulado	RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	63.76	1,147.68	SM-First Medical Health Plan	55.00	915.00	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descripcion</th> <th>Corriente</th> <th>Acumulado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SM-First Medical Health Plan</td> <td>100.00</td> <td>900.00</td> </tr> </tbody> </table>			Descripcion	Corriente	Acumulado	SM-First Medical Health Plan	100.00	900.00			
Descripcion	Corriente	Acumulado																														
Descripcion	Corriente	Acumulado																														
RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	63.76	1,147.68																														
SM-First Medical Health Plan	55.00	915.00																														
Descripcion	Corriente	Acumulado																														
SM-First Medical Health Plan	100.00	900.00																														
Total: 0.00 0.00			Total: 118.76 2,062.68			* Tributable																										
TOTAL BRUTO			TOTAL IMPUESTOS			DEDUCCIONES TOTALES																										
Corriente: 1,023.75			0.00			118.76																										
Acumulado: 18,527.50			0.00			2,062.68																										
PTO HORAS			ACUM			PAGA NETA																										
Balance Inicial: 0.0						904.99																										
+ Acumulado:						16,464.82																										
- Utilizado:																																
- Donada:																																
- Ajustes:																																
Balance Final: 0.0																																

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico

592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha

09/27/2019

Aviso No.

3596393

Cant. Deposito: \$904.99



TRAY 106 SQ 27007*****SCI1 5-DIGIT 00751 27007 2 AV 0.383
 MIGDALIA GONZALEZ SANTIAGO
 HC 1 BOX 7849
 VILLALBA PR 00766-9854

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Savings		\$904.99
Total:		\$904.99

NO-NEGOCIABLE

Gobierno de Puerto Rico 992 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS				Grupo de Pago: RM -Quincenal Desde: 09/16/2019 Hasta: 09/30/2019		Destino Unit: PUERTO Aviso #: 3596393 Fecha Aviso: 09/27/2019	
MIGDALIA GONZALEZ SANTIAGO HC 1 BOX 7849 VILLALBA PR 00766-9854 SS: XXX-XX-4361				# Empleado: XXXXX4361 Dept: 992109-ANOS SERVICIO LEY 91 2004 Lugar: AOS SERVICIO LEY 91 Título: Pensionado Sueldo: \$2,047.50 Mensual		DATA IMP: Fictiva Estado Civil: Married Concesiones: 0 Pst. Adm: 39 +99 Cant. Adm:	
HORAS E INGRESOS				IMPUESTOS			
Descripción		Corriente		Acumulado		Descripción	
		Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Corriente
Pago de Salarios Regulares				1,023.75	1,462.80	19,437.50	
BONO MEDICINA- PENSIONADOS				0.00		100.00	
Total:				1,023.75	1,462.80	19,437.50	
DEDUCCIONES		DEDUCCIONES GENERALES		BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS			
Descripción		Corriente		Acumulado		Descripción	
		Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Corriente
RM-First Pers De Cuota-Ret Ma				63.76	1,147.88		
SM-First Medical Health Plan				55.00	915.00		
Total:				118.76	2,062.88		
TOTAL BRUTO		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES			
Corriente:		1,023.75		118.76		904.99	
Acumulado:		18,527.50		0.00		16,464.82	
PTO HORAS		ACUM		DISTRIBUCION PAGANA NETA			
Balance Inicial:		0.0		Aviso #3596393		904.99	
+ Acumulado:				Total:		904.99	
- Utilizado:							
- Donada:							
- Ajustes:							
Balance Final:		0.0					

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico
992 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha
09/27/2019

Aviso No.
3596393

Cant. Depósito: \$904.99

TRAY 106 SQ 27007*****SCH 5-DIGIT 00751 27007 2 AV 0.383
MIGDALIA GONZALEZ SANTIAGO
HC 1 BOX 7849
VILLALBA PR 00766-9854

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Depósito
Savings		\$904.99
Total:		\$904.99

NO-NEGOCIABLE

NO-NEGOCIABLE